

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
26 марта 2010 г.
Регистрационный № 015-0210

**АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «4-я городская клиническая стоматологическая поликлиника»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Н.А. Юдина, Л.В. Вечерская,
А.В. Люговская

Минск 2010

Болезни пародонта занимают одно из важнейших мест среди проблем в современной стоматологии. Значительная распространенность, большая потеря зубов у пациентов, неблагоприятное влияние очагов пародонтальной инфекции на организм определяют актуальность вопроса комплексной диагностики и лечения данной патологии.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Стоматологический набор.
2. Пародонтальный градуированный зонд.
3. Фуркационный зонд Набера.
4. Бумажные штифты.
5. Карта (вкладыш) для обследования пациентов с болезнями пародонта.
6. Анкета для пациента.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Взрослые пациенты с болезнями пародонта. Диагнозы по ВОЗ, 1994: хронический простой пародонтит и хронический сложный пародонтит.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ (относительные)

Пациенты группы риска развития инфекционного эндокардита: после протезирования клапанов сердца, с приобретенными пороками сердца ревматической этиологии (чаще аортальной локализации), ранее перенесшие инфекционный эндокардит, с врожденными пороками сердца (до и после операции), с пролабированием митрального клапана и выраженной митральной недостаточностью, с идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом, находящимся на хроническом гемодиализе. Обследование данной категории пациентов возможно под прикрытием системных антибактериальных препаратов.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Для более полного и точного отражения клинического состояния (согласно приказу № 689 от 08.09.06) данные, полученные в ходе исследования, фиксируются в специальный вкладыш в форму № 043/у-06, утвержденный руководителем для данной организации (приложение 1).

Опрос больного

При сборе жалоб и анамнеза необходимо учитывать жалобы пациента, возраст в котором возникли первые симптомы, длительность заболевания, частоту обострений и рецидивов, длительность ремиссии, наследственные факторы, условия жизни, особенности и режим питания, профессию, стереотип ухода за полостью рта, вредные привычки, наследственность, вид ранее проводимого лечения (препарат, продолжительность

антибактериальной терапии, физиотерапевтических процедур, регулярность профессиональной гигиены) и его результаты. Следует установить, когда и по какому поводу были удалены зубы, пользуется ли больной съемными протезами, как давно, нет ли болей в височно-нижнечелюстном суставе.

В анамнезе уточняется наличие и характер хронических соматических заболеваний, стрессовых ситуаций, постоянный прием лекарственных препаратов.

При опросе пациента с целью получения максимальной информации может использоваться специальная анкета (приложение), в которой предусмотрены все интересующие врача вопросы. После заполнения врач должен вместе с пациентом тщательно проанализировать все ответы и уточнить необходимые детали. Опросник заверяется подписями врача и пациента.

Клинический осмотр. Определение стоматологического статуса

Экстра-, пери- и интраоральная оценка полости рта. При осмотре пациентов используются стоматологический и периодонтальный зонд, зеркало и пинцет.

При **внешнем осмотре** определяют конфигурацию и пропорции лица, его цвет и чистоту кожных покровов, выраженность носогубных и подбородочных складок, линию смыкания губ; состояние слизистой оболочки губ, ее цвет, влажность. Обращается внимание на состояние (величину, активность) мимической и жевательной мускулатуры лица во время смыкания зубов.

Проводится анализ движений нижней челюсти. Отмечают открывание рта: свободное, затрудненное. Определяют наличие хруста в суставе при функции. При установлении нарушений в функции ВНЧС: ограничение движений нижней челюсти, ограниченное открывание рта, несимметричное открывание рта, звуковые явления в суставе, головная боль, боль в жевательных мышцах, мышцах шеи, шум в ушах, головокружение при резком изменении положения тела необходима диагностика окклюзии и консультация стоматолога-хирурга.

При пальпации лимфатических узлов (подчелюстных, подбородочных, околоушных, шейных, сосцевидных, надключичных, лицевых: щечных, носогубных, молярных, нижнечелюстных) отмечается их увеличение и болезненность, которая может свидетельствовать о наличии воспалительного процесса в челюстно-лицевой области или указывать на течение системной патологии.

Данные внешнего осмотра необходимы для выявления нарушений общего состояния пациента и характеризуются проявлением системных заболеваний. При этом следует задать пациенту дополнительные вопросы и при необходимости направить на консультацию к врачу-интернисту.

Осмотр полости рта проводится с помощью двух зеркал и в соответствии с рекомендациями ВОЗ в следующей последовательности: осматривается слизистая оболочка губ, преддверие рта, щеки слева и справа,

слизистая оболочка твердого и мягкого неба, спинка и боковые поверхности языка, подъязычная область, дно полости рта. Оценивается цвет, рельеф, наличие элементов поражения, увлажненность слизистой оболочки. Врач обращает внимание на запах изо рта. При наличии элементов поражений в виде афт, папул, петехий, эрозий и др. в ряде случаев пациента следует направить консультацию к врачу-интернисту.

Определение уровня гигиены рта с использованием индекса Грина-Вермиллиона (ОНИ-S). Выявление зубных отложений (над- и поддесневого камней) проводится в области всех зубов со всех поверхностей вначале визуально или с помощью красителей, затем с использованием зонда и спрей-воздуха.

Детальное обследование тканей периодонта

Оценка состояния архитектоники слизистой оболочки рта

Уздечки губ

Отводят губы и осматривают уздечки. В норме уздечки губ тонкие, длинные, вплетаются вне межзубных сосочков резцов.

Преддверие рта

Оттягивают нижнюю губу до горизонтального положения, измеряют высоту прикрепленной десны в области передних резцов (расстояние от шейки зубов до переходной складки). В норме преддверие среднее или глубоко, не менее 0,5 см.

Выраженность щечных тяжей

Отводят щеки, осматривают своды преддверия. В норме — тяжи средние или слабые, при функции не травмируют периодонт.

Состояние и место прикрепления уздечки языка

Просят поднять язык или поднимают его с помощью зеркала. Уздечка языка тонкая, достаточной длины, не должна ограничивать его функций, вплетается в среднюю треть языка и вне межзубного сосочка нижних резцов.

При наличии взаимосвязи нарушений архитектоники полости рта с болезнями периодонта пациент направляется к врачу-стоматологу-хирургу для решения вопроса о хирургической коррекции.

Исследование зубов

Определение степени подвижности зубов (при помощи пинцета или пальпаторно)

Степень подвижности по А.И. Евдокимову:

1 степень — зуб смещается в вестибулярном направлении на 1 мм по отношению к коронке соседнего зуба;

2 степень — более чем на 1 мм либо появляется подвижность в медиальном направлении;

3 степень — присоединяется подвижность в вертикальном направлении.

Диагностика окклюзионных взаимоотношений, которая включает получение и анализ окклюдодиаграмм, анализ диагностических моделей челюстей в артикуляторе, маркировку суперконтактов с помощью

копировальной бумаги. Окклюдограмму можно получить на пластинках бюгельного воска размером, соответствующим размерам зубного ряда, уложив пластинку на зубной ряд и дав пациенту плотно сомкнуть зубы в положении центральной окклюзии. Воск осторожно выводят из полости рта, промывают под проточной водой, анализируют при хорошем освещении (оценивают характер смыкания зубов на просвет). Другой способ регистрации окклюзионных отпечатков — на бумажном носителе. Данный способ наиболее удобен в качестве не только диагностического, но и юридического, поскольку такие окклюдограммы (на бумаге) удобно хранить в стоматологической карте пациента долгое время, отражая динамику окклюзионного редактирования. Для получения бумажной окклюдограммы подковообразная копировальная бумага дублируется слоем обычной белой тонкой бумаги невысокой гигроскопичности, после чего накладывается на нижний зубной ряд таким образом, чтобы артикуляционная бумага располагалась сверху. Затем предлагают пациенту сомкнуть зубы в том или ином положении, извлекают отпечаток и оценивают его.

Изучение окклюзионных взаимоотношений и получение окклюдограмм на бумажных носителях можно проводить не только в центральной, но и антериальной, дистальной и боковых окклюзиях.

При обследовании также учитывается патологическая миграция зубов, количество утраченных зубов, чувствительность дентина, абфракционные дефекты, вид прикуса, форма зубных рядов и положение отдельных зубов.

Проводится выявление ятрогенных факторов (кариозные полости, дефекты пломб, травмирующие десну края коронок, некачественно отполированные реставрации) в области проксимальных контактов и межзубных промежутков с помощью зонда и зубной нити.

При наличии патологии прикуса необходимо направление на консультацию к врачу-стоматологу-ортодонту или ортопеду для коррекции окклюзии и замещения дефектов зубных рядов при частичной адентии.

Оценка периодонтального статуса

Десна осматривается слева направо на верхней челюсти, а затем на нижней. Определяется цвет, контур, поверхность, консистенция, кровоточивость сосочков (оценивается при зондировании) и позиция. С помощью специальных градуированных зондов у каждого зуба измеряется *уровень рецессии* (расстояние от цементно-эмалевой границы до края десны, мм) в 4 точках (медиальной, дистальной, вестибулярной и язычной/небной).

Для оценки уровня рецессии десны используют классификацию P.D. Miller (1985):

1 — рецессия в пределах свободного края десны, возможна ее полная ликвидация;

2 — рецессия захватывает прикрепленную десну, но не затрагивает интерпроксимальные поверхности корня. Можно рассчитывать на полное ее устранение;

3 — рецессия десны и на интерпроксимальных поверхностях. Полное ее устранение сомнительно;

4 — рецессия десны на всех поверхностях зуба, разрушена кость. Устранить хирургическими методами невозможно.

Тщательно проверяется состояние десны зондом, зеркалом и спрей-воздухом. При выявлении периодонтальных карманов учитывают степень поражения тканей, окружающих зуб, и его распространенность на каждой поверхности зуба. *Зондирование зубо-десневой борозды* проводится периодонтальным зондом, предпочтительно с закругленным кончиком. Рекомендуемое усилие составляет 0,20–0,25 Н. Процедура зондирования позволяет дифференцировать две основные формы заболеваний периодонта: гингивит и периодонтит. Диагноз периодонтит ставится при обнаружении периодонтального кармана. В норме глубина зубо-десневой борозды составляет в области фронтальной группы зубов — от 0,5 до 1 мм, в области жевательной — до 2,5–3,0.

Глубина периодонтального кармана (расстояние от края десны до точки, где останавливается кончик зонда) измеряется в мм в шести точках (медиально-щечной, среднещечной, дистально-щечной, медиально-язычной/небной, среднеязычной/небной, дистально-язычной/небной).

Степень вовлечения фуркации корня в патологический процесс оценивается в мм изогнутым зондом Набера. Зондирование фуркации проводится с учетом анатомического строения зубов. Разделяют поражение фуркации как в горизонтальном, так и вертикальном направлении. Оценка вертикального поражения фуркации возможна только во время хирургических вмешательств.

Горизонтальное поражение (Namp et al., 1975) (от 0–3)

Ф0 — горизонтальная глубина отсутствует;

Ф1 — до 3 мм;

Ф2 — более 3 мм, но поражение не сквозное;

Ф3 — сквозное поражение.

Активность карманов

Признаки активности: кровоточивость, экссудация, гноетечение, абсцесс в области кармана или фуркации, свищ. Эти симптомы указывают на необходимость микробиологической диагностики.

Индексная диагностика

Десневой индекс GI (Löe, Silness, 1963)

Состояние тканей периодонта может быть оценено с помощью периодонтальных индексов CRITN или КПИ.

Состояние твердых тканей зубов отражается с помощью индекса КПУ (Klein, Palmer, 1937).

Состояние твердых тканей зубов, с целью выявления ранних форм кариеса, аномалий форм и дефектов зубов, обнаружения эрозии, истирания, оценивается визуально и с помощью зонда по цвету, рельефу коронки, целостности эмали, дентина, цемента.

Устанавливается предварительный диагноз.

Дополнительные методы исследования

С целью установления типа, локализации, объема деструкции костной ткани всем пациентам с болезнями пародонта необходимо **рентгенологическое исследование**. Проводится серия дентальных прицельных снимков (интерпроксимальная или параллельная методика) или ортопантомография с 2-мя прицельными снимками в области фронтальной группы зубов.

Лабораторная диагностика помогает поставить правильный диагноз и служит критерием активности и прогрессирования заболевания.

Микробиологическая диагностика показана при агрессивных формах патологии, а также болезнях пародонта с частыми обострениями, устойчивых к лечению, тяжелых формах заболевания на фоне системных поражений (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы), при абсцедированиях, гноетечении из карманов, до и после хирургических вмешательств.

Для оценки микробного состава поддесневой области, определения чувствительности бактериальных штаммов к антибактериальным препаратам (для выбора вида системной антибактериальной терапии) и с целью установления дисбиотических изменений микрофлоры рта проводится бактериологическое исследование. Методом выбора с целью выявления основных представителей пародонтопатогенной микрофлоры и оценки эффективности лечения является молекулярно-биологическая диагностика.

Для оценки состояния местного иммунитета необходимо **иммунологическое исследование** десневой жидкости и смешанной нестимулированной слюны. Важное диагностическое значение имеет состояние клеточной неспецифической защиты на основании характеристики Т- и В-систем иммунитета, функциональная активность полиморфно-ядерных лейкоцитов. Большим прогностическим потенциалом обладают цитокины (IL-1, 2, 4, 6, 8, 10, TNF).

Состояние гемодинамических процессов в пародонте объективно отражают данные **функциональных методов исследования**. Для оценки микроциркуляторных нарушений в тканях пародонта необходимо применение доплеровской флоуметрии лазерной или ультразвуковой и реопародонтографии.

Консультация врачей смежных специальностей (гинеколог, эндокринолог, иммунолог, гастроэнтеролог и др.) назначается с проведением биохимического, иммунологического и общего анализа крови.

Окончательный диагноз ставится после анализа рентгенограмм и результатов лабораторных методов исследования.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Использование инструкции не вызовет развития осложнений.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИОДОНТА

№ _____ -1 _____

число месяц год

--	--	--	--	--	--

Ф.И.О. _____ Дата _____

рождения _____

Возраст (полных лет) _____ Профессия _____ Пол муж. жен.

(ненужное зачеркнуть)

Адрес _____

тел. _____

Индекс КПУ

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

1. Архитектоника преддверия и дна полости рта

1.1. Глубина преддверия более 5 мм

1.2. Глубина преддверия менее 5 мм

1.3. Уздечки губ вплетаются вне межзубных сосочков, длинные, тонкие

1.4. Уздечки вплетаются в межзубной сосочек, при натяжении уздечки — подвижность и изменение цвета сосочка

1.5. Щечные тяжи средние или слабые, при функции не травмируют периодонт

1.6. Тяжи сильные, короткие, при натяжении деформируют межзубной сосочек в месте вплетения

1.7. Уздечка языка не ограничивает его функции: тонкая достаточной длины, вплетается в среднюю треть языка и вне периодонта нижних резцов

1.8. Уздечка языка короткая, мощная, ограничивает движения, кончик раздваивается, уздечка вплетается в переднюю треть и в межзубной сосочек у нижних резцов

2. Зубочелюстные аномалии

2.1. Скученность зубов в области _____

2.2. Наличие трем _____

2.3. Прикус _____

АНКЕТА

№ _____

число месяц год

--	--	--	--	--

Ф.И.О. _____ Дата рождения _____

Возраст (полных лет) _____ Пол муж. жен.
 (ненужное зачеркнуть)

Адрес _____ тел. _____

Профессия _____

1. Какие жалобы Вы предъявляете?

- 1.1. Нет жалоб
- 1.2. Неприятный запах изо рта
- 1.3. Кровоточивость десен
- 1.4. Подвижность зубов
- 1.5. Наличие кариозных зубов
- 1.6. Др. _____

2. Когда появились жалобы _____

3. Обращались ли Вы за лечение к стоматологу

- 3.1. Да
- 3.2. Нет

4. Какое лечение Вам проводилось?

- 4.1. Мотивация и обучение гигиеническому уходу
- 4.2. Удаление зубных отложений
- 4.3. Лечебные повязки
- 4.4. Инъекции линкомицина
- 4.5. Физиопроцедуры
- 4.6. Шинирование
- 4.7. Др. _____

5. Какие дополнительные методы обследования Вам проводились?

- 5.1. R-грамма
- 5.2. Биохимический анализ крови
- 5.3. Иммунологическое исследование
- 5.4. ПЦР
- 5.5. Др. _____

6. Отправлял ли Вас стоматолог на консультацию к врачам интернистам?

- 6.1. Да
- 6.2. Нет

7. Назначал ли Вам стоматолог общее лечение?

- 7.1. Нет
- 7.2. Антибиотики
- 7.3. Витамины
- 7.4. Трихопол
- 7.5. Др. _____

8. Была ли Вам назначена местная терапия антисептиками?

- 8.1. Полоскание хлоргексидином
- 8.2. Применение метрогил дента
- 8.3. Др. _____

9. Проводилось ли Вам хирургическое лечение?

- 9.1. Нет
- 9.2. Да _____

10. Был ли эффект от проведенной терапии?

- 10.1. Да
- 10.2. Нет

11. Носит ли заболевание наследственный характер?

- 11.1. Да
- 11.2. Нет

12. Как часто Вы чистите зубы?

- 12.1. 2 раза в день
- 12.2. Более 2 раз в день

- 12.3. Чищу нерегулярно
- 12.4. Др.._____

13. Как часто меняете щетку?

- 13.1. Один раз в 3 месяца
- 13.2. Один раз в полгода
- 13.3. Один раз в год
- 13.4. Др. _____

14. Какой межзубной очиститель Вы используете?

- 14.1. Зубочистку
- 14.2. Зубную нить
- 14.3. Зубной ершик
- 14.4. Не использую

15. Как часто Вы используете зубную нить?

- 15.1. Один раз в день
- 15.2. Один раз в неделю
- 15.3. Не использую

16. Курите ли Вы?

- 16.1. Да, ___ сигарет в день, _____ (как давно)
- 16.2. Нет

17. Сколько раз в день Вы принимаете пищу (включая перекусы)?

- 17.1. Менее 3 раз
- 17.2. Три–четыре раза
- 17.3. Более 4 раз

18. Пользуетесь ли Вы протезами?

- 18.1. Нет
- 18.2. Да _____ (как давно)

19. Отмечаются ли у Вас аллергические реакции?

- 19.1. Нет
- 19.2. Да _____ (на что)

20. Какими из общих заболеваний Вы страдаете?

- 20.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы
- 20.2. Сахарный диабет
- 20.3. Заболевания крови

20.4. Заболевания щитовидной железы

20.5. Заболевания ЖКТ, печени

20.6. Гормональные нарушения

20.7. Заболевания дыхательной системы

20.8. Никакими

21. Принимаете ли Вы лекарственные препараты?

21.1. Продолжительность приема _____

21.2. Гормоны

21.3. Антибиотики

21.4. Гипотензивные препараты

21.5. Др. _____

22. Какие из факторов, по Вашему мнению, приводят к заболеванию десен?

22.1. Нерегулярные гигиенические процедуры

22.2. Недостаточно тщательное проведение гигиенических процедур

22.3. Частый прием пищи

22.4. Наследственность

22.5. Общие заболевания